Aus der Universitäts-Hautklinik Münster (Westfalen)
Direktor: Professor Dr. Julius K. Mayr

Ueber die Krebserwartung beim Lupuskranken

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westfalen)

vorgelegt von
Wilhelm Sommer
aus Bielefeld in Westfalen

Münster 1937

Gedruckt in der Buchdruckerei der Anstalt Bethel in Bethel bei Bielefeld.

Dekan: Professor Dr. K. W. Jötten
Referent: Professor Dr. J. K. Mayr

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In den letzten Jahren ist das Interesse für die Probleme der Hauttuberkulose beträchtlich gestiegen. Man hat an den amtlich maßgebenden Stellen eingesehen, daß der Lupus vulgaris, der ja zum größten Teil eine Krankheit der ärmeren Schichten der Bevölkerung ist, ein soziales Problem von großer Bedeutung darstellt. Ein richtiges Bild von der großen Verbreitung des Lupus gibt Stühmer in seinem Aufsatz: „Die Lupusbekämpfung und Lupusbehandlung als soziales und ökonomisches Problem", in dem er sagt: „ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich im Provinzialbereich Westfalen mit mindestens 2000 Lupuskranken rechne. Bei vorsichtiger Berechnung würde das für das gesamte Deutsche Reichsgebiet eine Lupuskrankenzahl von 40 000 bis 50 000 ergeben. Eine solche Zahl weist mit erschreckender Deutlichkeit auf das große Problem hin, das hier rein volkswirtschaftlich vorliegt". Und diese Zahl von 2000, die Stühmer 1930 annahm, ist jetzt sogar schon überschritten worden, so daß die Lupuskartei in Münster heute 2650 Lupuskranke (einschl. 223 Toter) aufweist.

Neben der Entstellung durch häßliche Narben und Hautdefekte droht jedoch den Lupuskranken sozusagen ständig die Gefahr, ein Lupuskarzinom zu bekommen. (Die Häufigkeit des Lupuskarzinoms wird von Sequeira mit 1,5 %, von Darier in Frankreich mit 4 % angegeben, und Stühmer gibt unter 855 Lupuskranken in Westfalen 41 an, die an Krebs erkrankt sind, also 5 %.)

Wenn wir nun die Todesursachen der von Lupus Befallenen durchsehen, so ergibt sich, daß von den 223 Toten, welche die Lupuskartei bis November 1936 registriert hat, 63 = 28,2 % an Tuberkulose gestorben sind. An zweiter Stelle kommt das Karzinom, an dem insgesamt 53 = 23,8 % starben. Hiervon entfallen auf den Hautkrebs allein 45 = 20,2 %, auf den Organkrebs 8 = 3,6 %.

Wie ist es nun zu erklären, daß der Lupus vulgaris so häufig in Hautkrebs übergeht? Sowohl der nichtbehandelte, als auch ganz besonders der therapeutisch angegangene Lupus kann zu einem Krebs, dem sogenannten „Carcinoma in lupo", führen. Man bezeichnet diesen Krebs beim Lupuskranken eben darum als Karzinoma in Lupo, weil man sich nicht einig darüber ist, ob das Karzinom post oder propter lupum entsteht. Lang war der erste, der diese Trennung in zwei Gruppen machte, und Steinhauser bezeichnet die ersteren als lupöse Narbenkarzinome, die letzteren als Lupuskarzinome.

Was die Häufigkeit dieser beiden Arten von Lupuskarzinomen anlangt, so gehen die Meinungen der Autoren noch weit auseinander.

Die besondere Schwierigkeit besteht eben darin, daß, wie „Silberstein" betonte, „man im Narbengewebe eingesprengte tuberkulöse Infiltrate vor sich hat", und dasselbe betont Jadassohn, wenn er sagt, „daß man nie außer Betracht lassen darf, daß in der klinisch anscheinenden Narbe noch lupöse Infiltrate eingeschlossen sein können". So ist es nicht verwunderlich, daß ganz verschiedenartige Angaben über das Häufigkeitsverhältnis der Karzinomentwicklung auf floridem Lupus und auf Lupusnarben vorliegen:

Nach der Statistik

Bayha's	73,8 % : 26,2 %
Nithack's	62,8 % : 37,3 %
Steinhauser's	70 % : 30 %
Ashihara's	70,5 % : 29,5 %

Den gegenteiligen Standpunkt nimmt u. a. z. B. Bidault ein, der sogar soweit geht, zu behaupten, das Karzinom entwickele sich nur auf Lupusnarben. Ebenso schlägt Minz (Leningrad) in einer Abhandlung über das „sogenannte Lupuskarzinom" an Hand von 17 Fällen krebsiger Umwandlung nach Lupus vulgaris vor, man solle lieber von einem Karzinom auf der Lupusnarbe als von einem Lupuskarzinom sprechen.

An der Hautklinik Münster finden wir unter den insgesamt 89 Fällen von Lupuskarzinom nur in 6 Fällen die genaue Angabe, daß der Lupus abgeheilt sei, was mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit daraus zu schließen ist, daß kein Recidiv erfolgt ist, also praktisch ein Narbenkarzinom. Das würde also die von Ashihara gemachte Vermutung, daß die Statistiken dahin zu modifizieren seien, daß mehr Lupuskarzinome und weniger lupöse Narbenkarzinome anzunehmen seien, bestätigen.

Zu der Frage: Hat die Behandlung, vor allen Dingen mit Röntgenstrahlen, irgendeinen Einfluß auf die Karzinomentwicklung, verhalten sich die Ansichten der Autoren ebenso verschieden.

Der Umstand, daß der Lupuskrebs, wie aus den Statistiken von Ashihara (1907) und Silberstein (1915) hervorgeht, bei Männern häufiger beobachtet wird als bei Frauen, trotz des stärkeren Befallenseins des weiblichen Geschlechtes vom Lupus, veranlaßte Ashihara zu der Vermutung, die schädigenden Einflüsse von Wind und Wetter, denen das männliche Geschlecht ausgesetzt sei, böten den Anstoß zur Karzinomentwicklung. In Anlehnung daran glaubten dann viele Autoren in den Röntgenstrahlen, die ja dann zur Behandlung des Lupuskarzinoms immer mehr herangezogen wurden, dies schädigende Agens erblicken zu können. So führt Minz in seiner Abhandlung „Ueber die Frage des sogenannten Lupuskarzinoms" in 35,3 % die Krebsentwicklung auf dem Boden eines Lupus auf unzweckmäßige Röntgenbehandlung zurück. Silberstein gibt in seiner Sta-

tistik an, daß von 111 Fällen in 20 Fällen der Karzinomentwicklung Röntgenbestrahlung vorausgegangen sei. Und er schließt gerade daraus, daß die 4 jüngsten Fälle der Statistik, nämlich die Lebensalter von 13, 18, 22 und einmal ein Knabenalter, vorher mit Röntgenstrahlen behandelt waren, „daß in der Tat Röntgenstrahlen die Entstehung des Karzinoms begünstigen können, daß die Krebsentwicklung aber größtenteils wohl auf der schlechten Technik der Röntgenstrahlenapplikation, vornehmlich durch die Anwendung weicher Strahlen beruhe".

Außer diesen beiden sprechen sich noch viele andere Autoren, unter ihnen Sequeira, Riecke, Stümpke und Hofmann für einen begünstigenden Einfluß der Röntgentherapie auf die Entstehung eines Lupuskarzinoms aus. Letzterer glaubt allerdings mehr Bedeutung der atrophischen Narbe auf röntgengeschädigter Haut zuweisen zu müssen.

1929 hat Reißner bei nur etwa 1,5 % der mit Röntgenstrahlen behandelten und dann nachuntersuchten Fälle von Lupuskranken den Krebs auf Lupus als einen Röntgenkrebs angesprochen.

Ebenso kommt Jordan (1930) an Hand seiner Statistik zu dem Ergebnis, daß der Röntgentherapie keine ausschlaggebende Rolle in der Entstehung eines Lupuskarzinoms zuzuweisen sei. Denn er hat unter seinen 108 Lupuskarzinomfällen 32 = 29,6 % überhaupt nicht mit Röntgenstrahlen behandelte.

An der Hautklinik Münster haben wir folgendes Verhältnis:

Von den 89 Lupuskarzinomfällen der Lupuskartei wurden geröntgt: 47 = 52,8 %. In 6 Fällen fand sich in der Krankengeschichte die ausdrückliche Angabe, daß der Krebs auf einer Röntgenschädigung der Haut entstanden sei. Das ist in 7,2 % sämtlicher, und 12,8 % der röntgenbehandelten Fälle. Wir haben also eine wesentlich größere Zahl erwiesener Röntgenkarzinome aufzuweisen, als z. B. Reißner, der sie, wie ich oben bemerkte, mit 1,5 % der geröntgten Fälle angibt.

Die Zahl der in der Münsterschen Hautklinik vorhandenen Krankengeschichten Lupuskrebskranker beträgt 48. Davon sind

Männer: 18
4 davon wurden geröntgt.

Frauen: 30
10 davon wurden geröntgt.

Außer den schädigenden Einflüssen, die man verantwortlich machen könnte für das Auftreten eines Krebses beim Lupuskranken, ist ebenfalls von Wichtigkeit für die Frage der Krebserwartung beim

Lupuskranken, einmal das Alter der Patienten, als der Krebs auftrat, und zweitens die Zeitspanne, die verflossen ist, vom ersten Auftreten des Lupus bis zum Beginn des Karzinoms.

Vergleichen wir nun die in der Literatur veröffentlichten großen Statistiken bezüglich des Alters der Lupuskarzinomkranken mit unseren für die Hautklinik Münster gefundenen Werten:

Jahre	Ashihara	Bargues	Silberstein	Jordan	Hautklinik Münster	Total
1—10	1= 1,1%	1= 0,8%	—	—	—	2
11—20	—	—	2= 2,2%	2= 1,9%	—	4
21—30	13=14,3%	15=12,4%	7= 7,5%	6= 5,8%	1= 1,6%	42
31—40	15=16,2%	21=17,4%	25=26,9%	21=20,4%	10=16,1%	92
41—50	30=32,3%	39=32,2%	28=30,1%	28=27,2%	19=30,6%	144
51—60	22=24,7%	27=22,3%	18=19,4%	27=26,2%	20=32,3%	114
61—70	11=12,1%	15=12,4%	10=10,8%	13=12,6%	9=12,9%	58
über70	1= 1,1%	3= 2,5%	3= 3,2%	6= 5,8%	4= 6,5%	17
unbek.	29	—	18	5	27	79
	122	121	111	108	89	552

Nimmt man aus obigen Aufstellungen den Durchschnitt, so ergibt sich, daß der Krebs am häufigsten im 5. Jahrzehnt auftritt. An zweiter Stelle folgt das 6., an dritter Stelle das 4., und dann das 7. Jahrzehnt. Bemerkenswert ist es nun, daß der zahlenmäßige Unterschied der Fälle zwischen dem am häufigsten von der Krebserkrankung befallenen Jahrzehnt und dem am zweitmeisten befallenen in den einzelnen Statistiken (mit Ausnahme der von Bargues) in derselben Reihenfolge, wie sie nacheinander erschienen sind, abnimmt. Denn während dieser Unterschied zwischen dem am meisten befallenen 5. und dem darauf an Häufigkeit der Krebsfälle folgenden 6. Jahrzehnt bei Ashihara (1905) 7,6 % beträgt, verringert sich der Unterschied bei Silberstein, dessen Statistik 1916 veröffentlicht wurde, schon auf 3,2 % (zwischen dem 5. und 4. Jahrzehnt) und er sinkt bei Jordan (1930) auf 1 % — hier wieder, wie bei Ashihara, zwischen dem 5. und 6. Jahrzehnt herab.

Bei den Fällen der Münsterschen Hautklinik tritt der Krebs am häufigsten im 6. Jahrzehnt auf. An zweiter Stelle folgt das 5. Jahrzehnt. Der Unterschied beträgt 1,7 %.

Vergleichen wir hiermit nun den Altersaufbau der Lupuskranken, so finden wir in etwas über 1000 z. Z. in der Hautklinik Münster befindlichen Krankengeschichten:

Jahre	männlich	weiblich	Gesamt:
1—10	9	9	18= 1,8%
11—20	39	72	111=10,9%
21—30	125	123	248=24,3%
31—40	85	105	190=18,6%
41—50	62	111	173=16,9%
51—60	43	113	156=13,3%
61—70	26	71	97= 9,5%
über 70	2	26	28= 2,7%
	391	630	1021

Wie ließe sich nun diese Verschiebung des Maximums der Lupuskrebse von dem 5. auf das 6. Jahrzehnt, das bei allen Statistiken (mit Ausnahme der von Bargues, in welcher der Unterschied 9,9 % beträgt), so konstant festzustellen ist, erklären? Eine mögliche Erklärung hierfür scheint mir folgende zu sein:

Einmal könnte, da heute wegen der besseren hygienischen Verhältnisse das durchschnittliche Lebensalter höher ist als früher, sich deshalb auch häufiger in den letzten Lebensjahrzehnten ein Karzinom — das ja in der Hauptsache eine Alterskrankheit ist — entwickeln. Zum anderen Male könnte es daher kommen, daß in den letzten Jahren die Organisation für die Auffindung, Behandlung und Betreuung der Lupuskranken mit großer Sorgfalt durchgeführt wird — ich erinnere nur an die Arbeit des Westfälischen Vereins für Krebs- und Lupusbekämpfung, der ständig Sprechtage für die Lupuskranken abhält und ihre Einberufung in die Klinik bzw. die Lupusheilstätte „Haus Hornheide" bei Münster, und ihre Nachbehandlung veranlaßt — und daß deshalb jetzt die Krebse der älteren Lupuskranken, da diese gleichsam gezwungen werden, in die Klinik zu kommen, häufiger als früher in die Statistik aufgenommen werden.

Ziehen wir nun die von Ashihara, Bargues, Silberstein, Jordan und die von uns gefundenen Ziffern zusammen, so finden wir als Maximum der krebsigen Umwandlung eines Lupus vulgaris die Jahre 41—50.

Was das Geschlecht der Lupuskarzinomkranken anbetrifft, so überwiegen nach unserer Statistik bei weitem die Frauen mit 56 Fällen = 63 % über die Männer mit 33 Fällen = 37 %. In der Aufstellung von Jordan überwiegt die Zahl der weiblichen Kranken ebenfalls die der männlichen, während bei Silberstein, Bargues und

Ashihara die Lupuskarzinome bei den Männern bei weitem die bei den Frauen überragen.

	männlich	weiblich	zusammen
Ashihara	66=64,7%	36=35,3%	102
Bargues	77=69,4%	34=30,6%	111
Silberstein	59=55,1%	48=44,9%	107
Jordan	47=45,6%	56=54,4%	103
Münster	33=37,1%	56=62,9%	89

Umgerechnet auf die 2650 Lupuskranken Westfalens würde das also eine Hautkarzinomerwartung beim Lupuskranken von insgesamt 3,3 % ausmachen. Auf die männlichen Patienten entfällt dabei ein Anteil von 36,4 %, auf die weiblichen von 63,6 %. Aehnliche Werte gibt auch v. Mallinkrodt-Haupt in ihrer Arbeit „Lupus und Karzinom aus der Bonner Universitäts-Hautklinik" an, nämlich gesamter Prozentsatz: 3,09. Davon entfallen auf die Männer 35,6 %, auf die Frauen 64,4 %.

Während die Erklärung für das Ueberwiegen der weiblichen Lupuskarzinomkranken nach unseren neuen Statistiken ganz natürlich durch die größere Anfälligkeit des weiblichen Geschlechtes für den Lupus vulgaris zu erklären ist, können wir nicht sagen, wodurch dieser Umschwung in dem Befallensein der Geschlechter bedingt ist, es sei denn, daß wir die Exaktheit der früheren Statistiken anzweifeln.

Die Altersgruppen unserer Lupuskarzinomfälle bei Beginn des Krebses verteilen sich auf das weibliche und männliche Geschlecht wie folgt:

Jahre	männlich	weiblich	zusammen
21—30	—	1= 2,3%	1=2,0%
31—40	4=20%	6=14,0%	10=16%
41—50	9=45%	10=23,0%	19=30%
51—60	5=25%	15=34,5%	20=32%
61—70	1= 5%	8=18,5%	9=14%
über 70	1= 5%	3= 7,0%	4= 6%
	20	43	63

Das Maximum der Krebsentwicklung fällt demnach bei unseren Fällen bei den Männern in das 5. Jahrzehnt (45 % der männlichen = 14,4 % sämtlicher Fälle), während es bei den Frauen mit 34,5 % der

weiblichen = 23,8 % sämtlicher Fälle in das 6. Decennium fällt. Die zweite Stelle nimmt bei den Männern das 6., bei den Frauen das 5. Jahrzehnt ein. Während nun die am häufigsten und zweithäufigsten befallenen 5. und 6. Jahrzehnte bei den Frauen und Männern prozentual sich ungefähr gleich verhalten (70 % der männlichen zu 67,5 % der weiblichen), so tritt das am dritthäufigsten befallene Decennium aus diesem Rahmen wieder heraus, indem nämlich hier das Maximum bei den Männern mit 20 % der männlichen = 6,3 % sämtlicher Fälle in das 4. Jahrzehnt fällt, während es bei den Frauen mit 18,5 % der weiblichen = 16,6 % sämtlicher Fälle im 7. Jahrzehnt liegt.

Von Wichtigkeit für die Beurteilung der Krebsanfälligkeit beim Lupuskranken ist fernerhin die Feststellung der Dauer des Lupus vulgaris beim Auftreten des Karzinoms, d. h. die Zeitspanne, die zwischen dem ersten Erscheinen des Lupus und dem des Karzinoms liegt. Ashihara und Silberstein geben bei der Unbestimmtheit der Angaben der Kranken nur die kurze Notiz, daß das Karzinom durchschnittlich nach 30 Jahren auftritt.

Nähere Angaben geben jedoch Bargues und Jordan, die ich im folgenden mit den für Westfalen gefundenen Werten vergleiche:

Dauer des Lupus vulgaris bei Auftreten des Ca:

Jahre	Bargues	Jordan	Münster			Total
			zus.	männl.	weibl.	
0— 1	1	—	3	1	2	4
2— 3	—	—	1	1	—	1
4— 5	3	2	2	—	2	7
6—10	6	10	2	1	1	18
11—20	24	26	16	8	8	66
21—30	32	21	13	1	12	66
31—40	19	10	15	6	9	44
41—50	13	8	6	2	4	27
über 50	11	4	5	—	5	20
unbekannt	12	27	26	—	—	65

Während nach Bargues durchschnittlich ein Zeitraum von 21—30 Jahren bis zum Auftreten des Lupuskarzinoms verstreicht, kommt dieses bei der Statistik Jordans am häufigsten schon nach 11—20 Jahren zur Entwicklung. Mit letzterem stimmen auch unsere Werte überein. Bemerkenswert ist nur, daß bei unserer Aufstellung nicht wie bei Bargues und Jordan die Jahre 11—20 bzw. 21—30, sondern die Jahre von 31—40 an zweiter Stelle stehen. Wenn wir

allerdings die Ziffern von Bargues, Silberstein und die für Westfalen geltenden zusammenziehen, und das Mittel aus diesen Werten nehmen, so finden wir, daß die Entwicklung des Krebses gleichhäufig nach 11—20 und 21—30 Jahren zur Entwicklung gelangt. Wir sehen also auch hier, daß im Laufe der Jahre eine Verschiebung eingetreten ist, nämlich ein schnelleres Auftreten des Karzinoms (wie es auch Jordan in seiner Arbeit 1930 betont), im Gegensatz zu dem Alter, in dem das Lupuskarzinom auftritt, das, wie ich oben schon bemerkte, heraufzurücken scheint.

Vergleichen wir nun das Alter unserer Lupuskarzinomkranken z. Z. des Beginns des Lupus vulgaris mit dem Alter, in welchem der Lupus vulgaris bei den in der Kartei in Münster geführten Lupuskranken auftritt;

Alter bei Beginn des Lupus:

1. bei den Patienten mit Lupuskarzinom:

Jahre	Fälle	%
1—10	20	24
11—20	13	16
21—30	15	18
31—40	18	22
über 40	16	20
zusammen	82	

2. bei den Lupuskranken ohne Karzinom:

Jahre	Fälle	%
1—10	202	29
11—20	211	30
21—30	113	16
31—40	76	11
über 40	91	13
zusammen	693	

Es ergibt sich, daß der Lupus vulgaris bei den Lupuskranken ohne Karzinom durchschnittlich früher auftritt (fast gleichhäufig — je 30 % — im 1.—10. und 11.—20. Lebensjahre, dann folgt in einigem Abstande das 3. Jahrzehnt), als bei den Lupuskarzinomkranken (bei denen das Maximum allerdings im 1. Jahrzehnt — 24 % — liegt, dann jedoch der Zeitraum von 31—40 Jahren am zweithäufigsten und die Zeit über 40 Jahre am dritthäufigsten befallen wird, so daß das

durchschnittliche Alter bei Beginn des Lupus bei ihnen für das weibliche Geschlecht 27,5 Jahre, für das männliche 24,1 Jahre, und für beide zusammen demnach 25,8 Jahre beträgt). Es geht also hieraus hervor, daß die Menschen, die zwischen 11 und 30 Jahren einen Lupus vulgaris bekommen, mit geringerer Wahrscheinlichkeit ein Lupuskarzinom erwarten können, als vor allen Dingen diejenigen, bei denen der Lupus erst verhältnismäßig später (mit 30 Jahren und mehr) auftritt. Allerdings muß man dabei berücksichtigen, daß gerade in bezug auf den Beginn des Lupus die Angaben der Patienten in den Krankengeschichten oft sehr mangelhaft sind, besonders dann, wenn diese Zeit schon sehr lange zurückliegt.

Wenn wir vorher erwiesen, daß einmal ein verhältnismäßig spät beginnender und zum anderen Male ein jahrzehntelang bestehender Lupus vulgaris mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zur Entstehung eines Carcinoma in lupo disponiert, so ist auch wohl anzunehmen, daß in demselben Sinne zur Karzinomentwicklung der Umstand mitwirken könne, wie ausgedehnt die Erkrankungsformen des Lupus sind. Ausgehend von dieser Vermutung habe ich dann sowohl die Krankengeschichten der Lupuskarzinom- wie auch diejenigen der Lupuskranken auf Sitz und Ausdehnung der Erkrankung hin untersucht. Ich habe nun in folgender Aufstellung die Ausdehnung des Lupus in Grade eingeteilt und habe das Befallensein 1. einer gut lokalisierten, nicht ausgedehnten Stelle (z. B. Nase oder Wange) als I. Grad, 2. einer über eine größere Fläche ausgedehnten Stelle oder mehrerer kleinerer als II. Grad, 3. mehrerer Körperstellen (z. B. Arm und Gesicht) — also die generalisierte Form des Lupus — als III. Grad bezeichnet. Es ergibt sich:

1. Es hatten von 695 Lupuskranken:

	männlich	weiblich	Gesamt
I. Grad	133=46%	161=40%	294=42%
II. Grad	99=34%	178=44%	277=40%
III. Grad	58=20%	66=16%	124=18%
zusammen	290	405	695

2. Es hatten von 86 Lupuskarzinomkranken:

	männlich	weiblich	Gesamt
I. Grad	17=32%	19=47%	32=37%
II. Grad	26=48%	11=34%	37=43%
III. Grad	11=22%	6=19%	17=20%
zusammen	54	32	86

Wenn auch, wie aus den beiden Aufstellungen ersichtlich ist, die Differenz zwischen den Lupus- und Lupuskarzinomerkrankungen II. und III. Grades, zugunsten der letzteren, nicht so erheblich ist, wie man wohl erwarten sollte (sie beträgt für den II. Grad 3 %, für den III. Grad 2 %), so sollte man doch auch daraus schon den Schluß ziehen, die Lupuserkrankten möglichst frühzeitig zu behandeln, damit erst gar nicht höhere Grade der Lupusausdehnung erreicht werden. Und deshalb betont Stühmer in seinem Bericht des Westf. Vereins für Krebs- und Lupusbekämpfung im Jahre 1931 mit Recht, „daß es nicht angehe, sehr ausgedehnte Lupusfälle unbeobachtet zu lassen, da, wenn nicht durch sorgfältige Pflege und energische Behandlung in den befallenen Hauptgebieten Ruhe geschaffen würde, mit der jahrelang bestehenden Unruhe die Gefahr der Krebsentwicklung anstiege".

Schauen wir nun nach, wievielmal bei den insgesamt 89 Hautkarzinomen ein Recidiv aufgetreten ist, so finden wir in 6 Fällen = 6,7 % ein solches vor. Und zwar saß das Recidiv in 4 Fällen an derselben Stelle wie die primäre Geschwulst (einmal am Ohrwangenwinkel, einmal hinter dem Ohr, einmal an der Oberlippe und einmal am Handrücken), während es in den übrigen 2 Fällen an einer anderen Stelle sich befand (das eine Mal saß der Krebs erstmalig an der Nase, das Recidiv am Ohr, das andere Mal ersterer an der Wange, die sekundäre Geschwulst ebenfalls am Ohr). Ob es sich nun bei diesen beobachteten Fällen um echte sekundäre Geschwülste handelt, kann man mit Sicherheit nur in den beiden letzten Fällen sagen, wo die primäre Geschwulst an einer anderen Stelle gesessen hat. Bei den anderen 4 Patienten kann es auch so gewesen sein, daß die primäre Krebsgeschwulst nicht vollständig entfernt wurde, und daß sich aus dem zurückgebliebenen Geschwulstrest der zweite Krebs entwickelte. Das klingt erstaunlich, wenn man bedenkt, daß diese Patienten doch unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen. Jedoch bisweilen ist es auch für den geübten Arzt nicht möglich, genau zu sagen, ob in dem lupösen bzw. in dem Narbengewebe noch Reste der Geschwulst sich befinden.

Wenn wir bisher von Krebs und Krebserwartung bei Lupuskranken gesprochen haben, so haben wir damit immer nur den Hautkrebs gemeint, der ja, wie eingangs erwähnt, den größten Teil der Karzinome, die beim Lupuskranken auftreten, ausmacht. Wie groß die Verhältniszahlen der an Lupuskrebs erkrankten — also die Morbidität — sowohl der Haut, wie der anderer Organe, verglichen mit den Krebserkrankungsfällen auf die Bevölkerung berechnet ist, läßt sich nicht sagen, da leider über die Erkrankungsfälle an Krebs in Westfalen, wie auch im Deutschen Reich, noch keine Statistik besteht, die zum Vergleich herangezogen werden könnte. Dies ist erstaunlich, um so mehr, da gerade in den letzten Jahren die Krebs-

forschung mit allem Eifer betrieben worden ist. Jedoch bieten sich bei einer solchen statistischen Erfassung sehr große Schwierigkeiten, da hieran außer den Krankenhausärzten auch sämtliche praktischen Aerzte ihr Teil beisteuern müßten. Darum habe ich nun, in Ermangelung dieser Statistik über die Krebsmorbidität die Krebsmortalität beim Lupuskranken verwertet. Da nun die Lupuskartei in Münster seit 1927 besteht, so haben wir die Toten der Jahre 1927 bis 1936, also während einer Zeitspanne von 9 Jahren, für unsere Statistik zu berücksichtigen.

Es starben in den Jahren 1927 bis 1936 von den 89 Lupushautkarzinomfällen

45 an den Folgen des Karzinoms,
4 an Herzschwäche,
3 an Tuberkulose,
3 an Altersschwäche,
3 an Lugenentzündung,
1 an Grippe,
2 an unbekannter Todesursache.

Die Zahl der an Hautkrebs auf dem Boden eines Lupus gestorbenen Kranken beträgt 45 = 20,2 % der toten Lupuskranken der Lupuskartei. Die immerhin ziemlich hohe Mortalität von über 20 % könnte sicherlich noch heruntergedrückt werden dadurch, daß die Lupuspatienten regelmäßig zu dem Nachschautermin, zu dem sie bestellt werden, auch kommen. Es geschieht nämlich noch immer ziemlich oft, daß die Patienten die Behandlung ablehnen, sei es nun, daß sie Angst vor den Operationen haben, oder aus Nachlässigkeit, oder auch, daß sie schlecht abkommen können; das letzte ist besonders häufig der Fall. Die Männer wollen und können ihre Arbeit oft nicht unterbrechen — die meisten männlichen Lupuskranken stehen nämlich in einem Arbeitsverhältnis und sind nicht, wie man wohl glauben möchte, ihres entstellenden Aeußeren wegen ohne Arbeit — die Frauen sind oft in der Familie unentbehrlich.

Außer dem einen oben angeführten Fall eines Lupuspatienten mit einem Hautkrebs, der an einem Organkrebs (Kehlkopf) starb, haben wir noch sieben andere an Organkarzinomen zu Grunde gegangene Lupuskranke; jedoch hatten diese keinen Hautkrebs. Mit diesen oben Genannten haben wir also 8 Organkrebse, die zum Tode führten, bei unseren insgesamt 2650 Lupuskranken beobachten können; und zwar starben an:

Leberkarzinom	2
Darmkarzinom	2
Magenkarzinom	2
Uteruskarzinom	1
Kehlkopfkarzinom	1

Nach Geschlecht, Alter, Alter bei Beginn des Lupus und Grad der Ausdehnung des Lupus ergibt sich:

Organ	Geschlecht	Alter	Alter bei Beginn d. Lupus	Grad
Leber	männlich	39	12	I
	weiblich	59	35	III
Darm	männlich	58	20	III
	weiblich	57	29	II
Magen	männlich	64	4	I
	weiblich	67	3	I
Uterus	weiblich	36	26	II
Kehlkopf	männlich	48	10	II

Es starben also in Westfalen in den Jahren 1927 bis 1936 zusammen 53 Lupöse an Karzinom. Das ist auf die 2650 Lupuskranken Westfalens berechnet:
Gestorben an:

Organ- und Hautkarzinom 2,0 %
Hautkarzinom . . . . . 1,7 %
Organkarzinom . . . . . 0,3 %

Der Versuch, diese auffallende Tatsache dadurch zu erklären, daß der Lupuskranke das für die Krebsentwicklung nötige Alter nicht erreiche, wird sofort zunichte durch die hohe Lebenserwartung des Lupösen im allgemeinen und speziell auch die des Lupuskrebskranken. Sie fällt nämlich bei letzterem in das 5. Jahrzehnt (für die an Hautkrebs gestorbenen Lupuskranken betrug das durchschnittliche Lebensalter 56 Jahre, für die Organkarzinome 53,5 Jahre). Eine andere Erklärung, welche die Tatsachen nicht gegen sich hat, wäre folgende:

Durch die Lupuserkrankung, die ja doch meist das ganze Leben bestehen bleibt, wird dem Körper gleichsam die Möglichkeit genommen, einen Organkrebs sich entarten zu lassen. Der Lupus, und vor allen Dingen auch der Lupushautkrebs würde das Ventil sein, durch das den Körper seine inneren Spannungen sozusagen „verpuffen" kann. Begreiflicherweise müssen jedoch alle Erklärungen und Deutungen rein theoretisch ausfallen, solange wir über die Aetiologie der Entwicklung des Krebses überhaupt noch nichts Positives wissen.

Auf das männliche und weibliche Geschlecht verteilen sich die an Haut- und Organkrebs in Westfalen gestorbenen Lupösen folgendermaßen:

Männer 12 = 37,5 % Frauen 20 = 62,5 %.

Demgegenüber haben wir für die Gesamtbevölkerung der an Krebs gestorbenen in Münster (in den Jahren 1922 bis 30):

Männer 386 = 42,5 %
Frauen 522 = 57,5 %.

Vergleichen wir nun die Altersklassen der weiblichen und männlichen Lupuskrebse mit denen der Gesamtbevölkerung in Münster an Krebs Gestorbenen, so ergibt sich:

1. Lupöse.

Alter	männlich %	weiblich %	zusammen %
20—29	—	—	—
30—39	14,28	5,56	9,40
40—49	14,28	22,24	18,80
50—59	35,70	38,92	37,60
60—69	28,56	27,80	28,20
über 70	7,14	5,50	6,30

2. Gesamtbevölkerung.

Alter	männlich %	weiblich %	zusammen %
20—29	1,50	1,45	0,15
30—39	2,35	4,05	3,00
40—49	10,00	15,90	13,40
50—59	24,80	25,60	25,10
60—69	36,70	29,00	33,60
über 70	26,30	22,40	24,20

Wir sehen demnach, daß das Maximum der Sterblichkeit an Organ- und Hautkrebs zusammen, ebenso wie das Maximum der Hautkrebserkrankung, in das 5. Jahrzehnt bei dem Lupuskranken fällt, während es für die Gesamtbevölkerung im 6. Jahrzehnt liegt.

Vergleichen wir nun zum Schluß noch den Sitz des Krebsleidens, an dem die Lupuskrebskranken zugrunde gingen, mit dem Sitz des Krebses bei der Gesamtbevölkerung in Münster, so ergibt sich:

Am häufigsten befallen wurden bei beiden die Verdauungsorgane (Lupöse 75 %, Gesamtbevölkerung 58 %). Dann folgen bei ersteren die Geschlechtsorgane mit 12 % und ferner die Atmungs-

organe mit ebenfalls 12 %, bei letzteren die Geschlechtsorgane mit 13 %, die Atmungsorgane mit nur 3 %.

Man kann also wohl sagen, daß die Krebserwartung beim Lupuskranken größer ist als bei der Gesamtbevölkerung, daß dies jedoch nur auf das Konto des Hautkrebses zu setzen ist, eben wegen der durch den Lupus geschaffenen günstigen Bedingungen für diesen. Der Organkrebs tritt dagegen bei den Lupösen ganz zurück.

Zusammenfassung.

Der Lupus, an dem in Westfalen ungefähr 2600, im Deutschen Reich schätzungsweise 50 000 Menschen leiden, ist als soziales Problem von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Hinsichtlich der Sterblichkeit und Miterkankung steht beim Lupus neben Tuberkulose der Hautkrebs an erster Stelle.

Beim Lupushautkrebs muß man nach Lang unterscheiden zwischen einem Lupusnarbenkrebs und einem Krebs bei noch floridem Lupus. Ueber die Häufigkeit dieser beiden sind sich die Autoren noch nicht einig. Die Vermutung Ashiharas über das häufigere Vorkommen der Lupösen- als der Narbenkarzinome wird durch unsere Statistik für Münster bestätigt.

Ein Vergleich der großen Statistiken mit unserer bezüglich des Alters der Lupuskarzinomkranken ergibt ein Heraufrücken des Maximums der Krebsentwicklung vom 5. auf das 6. Jahrzehnt in der Reihenfolge des Erscheinens der Aufstellungen. Die Erklärung hierfür ist vielleicht die bessere Erfassung der Lupuskranken.

Es folgt eine Aufstellung über die Verteilung des Befallenseins vom Lupuskarzinom und ferner über das Alter bei Beginn des Krebses beim männlichen und weiblichen Geschlecht.

Es folgt die Dauer des Lupus beim Auftreten des Karzinoms bei den einzelnen Autoren, verglichen mit Münster.

Ein Vergleich des Alters unserer Lupuskarzinomkranken beim Beginn des Lupus vulgaris mit den Lupus-kranken zeigt, daß die Hautkrebserwartung bei verhältnismäßig spät auftretendem Lupus vulgaris größer ist.

Die Ausdehnung des Lupus vulgaris spielt ebenfalls eine, wenn auch geringere Rolle für die Krebserwartung.

Die Zusammenstellung der Todesursachen der Lupushautkarzinome innerhalb 9 Jahren in Münster folgt. Die ziemlich hohe Mortalität könnte durch das Einhalten der Nachschautermine seitens der Patienten herabgedrückt werden.

Sowohl bei den Lupösen wie bei den Nichtlupösen, die an Karzinom gestorben sind, überragen die Frauen die Männer.

Dem folgt ein Vergleich der Altersklassen der männlichen und weiblichen Lupuskranken mit denen der Nichtlupösen in Münster. Das Maximum der Sterblichkeit liegt bei ersteren im 5., bei letzteren im 6. Jahrzehnt.

Es folgt die Gegenüberstellung des Sitzes des Organkrebses bei Lupösen und Nichtlupösen.

Schrifttum.

Ashihara: Ueber das Lupus-Carcinom. Arch. f. Derm. u. Syph. 57, 193, 1901.

Bargues: De l'épithéliome sur lupus vulgaire Ann. d Derm. et de Syph. V, 1, 3, 1910.

Jordan: Das Lupus vulgaris-Karzinom. Derm. Zschr. 58, 136, 1930.

v. Mallinckrodt-Haupt: Lupus und Karzinome. Derm. Zschr. 60, 138, 1931.

Minz: Ueber das sogenannte Lupuskarzinom. Zbl. f. H. u. G.krankh. 46, 595, 1933

Möllers: Die Krebsbekämpfung im Deutschen Reich. — Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Aufl. 1930.

Prinzing: Handbuch der Medizin. Statistik, 2. Aufl.

Reisner: Ueber Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris. Arch. f. Derm. u. Syph. 157, 142, 1929.

Silberstein: Ueber das Lupus-Karzinom. Arch. f. Derm. u. Syph. 121, 653, 1916.

Stühmer: Die Lupusbekämpfung und Lupusbehandlung als soziales und ökonomisches Problem Strahlentherapie 35, 193, 1930.

Thieme: Ueber Lupuscarcinom. Arch. f. Derm. u. Syph. 145, 297, 1924.

Lebenslauf.

Am 16. 4. 1912 wurde ich, Sohn des Justizinspektors Wilhelm Sommer und seiner Frau Johanna geb. Tapperath, zu Altenbochum geboren. Von 1922 bis 1931 besuchte ich, nach 4jähriger Volksschulausbildung, das Gymnasium zu Bielefeld, das ich nach bestandener Reifeprüfung 1931 verließ, um Medizin zu studieren an den Universitäten München, Innsbruck, Graz, Kiel und Münster. Im Juli 1933 bestand ich in Münster das medizinische Vorexamen und am 20. Nov. 1936 das Staatsexamen. Das Medizinpraktikanten-Jahr verbrachte ich im Kinderkrankenhaus und auf der chirurgischen Station der Sarepta-Krankenanstalten in Bethel.

Wilhelm Sommer.